

LES
PURPURAS CHRONIQUES
PRIMITIFS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Décembre 1917

PAR

Arthur BÉCUWE

Né à Esquelbecq (Nord), le 6 avril 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

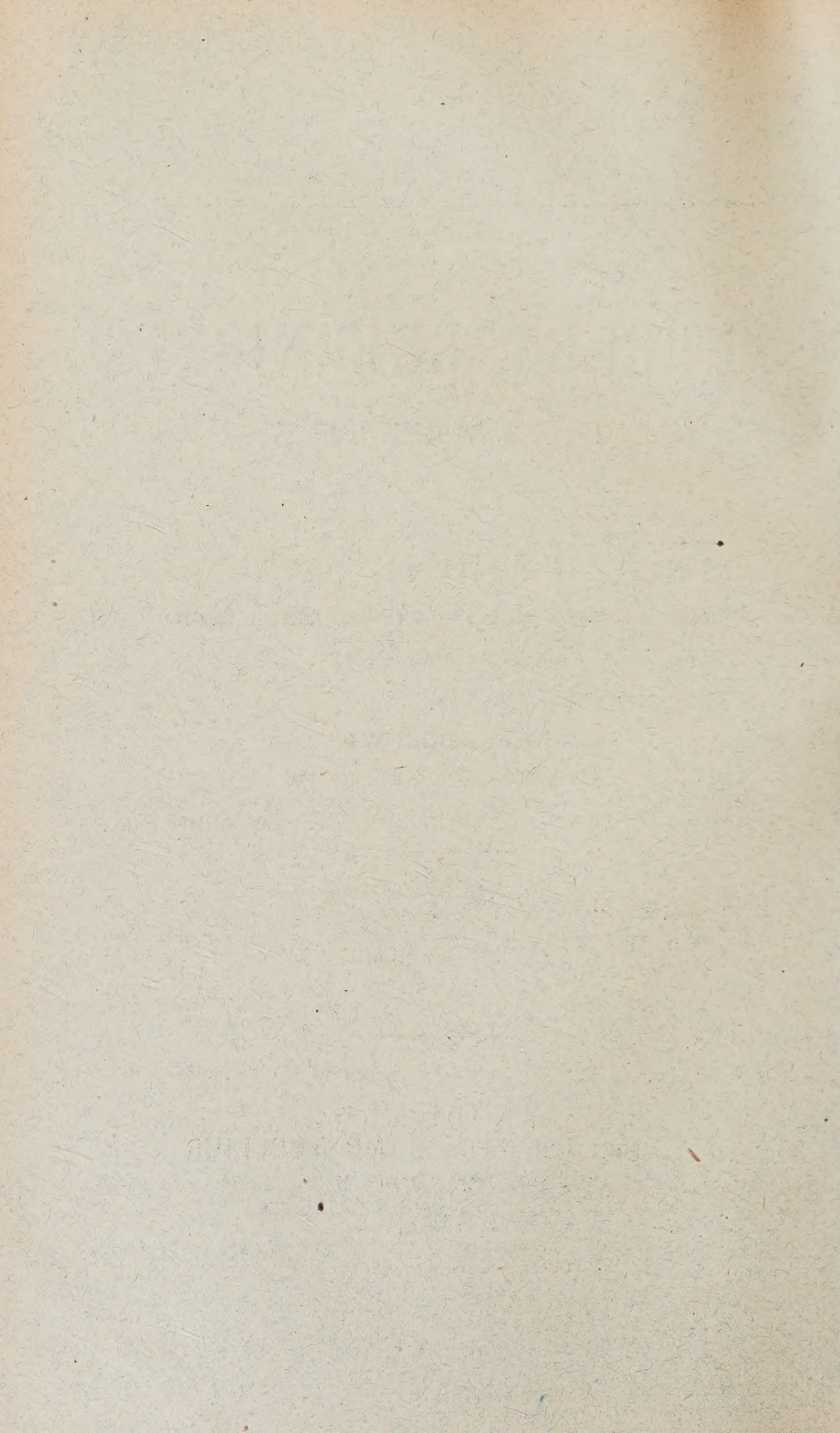
Examineurs de la Thèse	{	RAUZIER, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		GRANEL, Professeur.		
		CABANNES, Agrégé.		
		VEDEL, Agrégé libre.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Vordanson

1917



LES PURPURAS CHRONIQUES

PRIMITIFS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES
PURPURAS CHRONIQUES
PRIMITIFS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Décembre 1917

PAR

Arthur BÉCUWE

Né à Esquelbecq (Nord), le 6 avril 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, Professeur, *Président*.
GRANEL, Professeur.
CABANNES, Agrégé.
VEDEL, Agrégé libre.

{ *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdautson

1917



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.
Anatomie pathologique.....	MASSABAU (*).
Chimie médicale.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (), GRASSET (O *).*

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (*), a.l. (ch. dec.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN. , a.l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL (*,).	EUZIERE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, professeur, président.	MM. CABANNES, agrégé.
GRANEL, professeur.	VEDEL, agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle s'abstient d'en donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AÎNÉ ACHILLE

Disparu à Ypres le 8 novembre 1914

A MON FRÈRE JOSEPH

Blessé deux fois. Aux Armées

MEIS ET AMICIS

A. BÉCUWE.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ

A MON JURY DE THÈSE

A. BÉCUWE.

AVANT-PROPOS

Généralement, la thèse, couronnement des études médicales, suit de près leur fin. Tel n'est pas le cas dans l'occurrence. Quand, il y a plus d'un lustre déjà, nous quittâmes les bancs de la Faculté, les services hospitaliers et les diverses cliniques où nous avions acquis, avec un peu de science, un fonds d'expérience, nous ne nous doutions pas que la France allait avoir besoin de nous si longtemps.

Ces années de caserne, de tranchée et de captivité n'ont pu, malheureusement, être consacrées à l'extension de nos connaissances médicales. Comme nous aurions su les rendre profitables à ce point de vue, si le sort nous avait favorisé comme le furent d'autres compagnons d'études ! Que de fois nous avons envié ceux et celles qui, parmi nos camarades, continuaient de mener la vie studieuse de l'hôpital, sous la direction de maîtres éminents, experts dans l'art de former des disciples. Ces compagnons d'études ont beaucoup appris ; nous, nous avons quelque peu oublié. Nous avouons le fait, sans récriminer. Pendant ce temps, nous avons soulagé et pansé sur les champs de bataille des héros français blessés, et nous avons réussi à en arracher quelques-uns aux griffes de l'ennemi ; cette pensée nous console.

Nous devons exprimer, ici, notre profonde gratitude à tous nos maîtres des deux Facultés de médecine de Lille, sous la savante et haute direction desquels nous avons travaillé et qui ont su nous inculquer l'amour des choses médicales.

Quelques-uns ne sont plus, emportés au milieu des tourmentes de la guerre ! Beaucoup, fidèles au poste qui leur était assigné, sont restés là-bas, à Lille, ville martyre elle aussi, et qui gémit encore sous la lourde botte allemande. Les services immenses qu'ils ont rendus à la malheureuse population de cette cité industrielle, population anémiée par les privations, décimée par les explosions des munitions ennemies, ces services nous les connaissons. Nous savons aussi qu'ils n'ont pas abandonné leurs recherches et leurs travaux, malgré les circonstances les plus défavorables : ils attendent la libération de leur ville pour les publier.

C'est devant ces maîtres que nous devons soutenir notre thèse : c'eût été pour nous un honneur incomparable. Hélas, les événements nous en empêchent !

A leur défaut, nous nous sommes tourné vers la Faculté de Montpellier ; séduit et attiré par l'antique gloire de l'Ecole médicale de Montpellier et par la renommée de ses maîtres actuels, nous avons sollicité et obtenu l'honneur de nous présenter devant eux. Que ces maîtres daignent accepter nos plus vifs remerciements.

Que M. Lenoir, médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan, nous autorise à le remercier particulièrement pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé à notre retour de captivité ; grâce à lui, nous avons pu travailler avec fruit au milieu des malades de la troisième et de la quatrième division et nous remettre dans la voie de la pratique médicale.

LÈS

PURPURAS CHRONIQUES

PRIMITIFS

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION DES PURPURAS. — HISTORIQUE

Malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, la question des purpuras est loin d'être encore complètement éclaircie, et les nombreuses classifications proposées par les divers auteurs qui se sont occupés de cette curieuse maladie sont bien la preuve que la lumière définitive n'est pas encore faite. Les formes chroniques du purpura, en particulier, si longtemps ignorées ou méconnues, ont été l'objet, ces dernières années, d'assez nombreuses recherches ; leur existence et leur fréquence relative ont été successivement bien démontrées.

Tout le monde est d'accord sur le sens qu'il convient de donner à ce mot de purpura par lequel on doit entendre « une éruption de taches hémorragiques spontanées

qui ne s'effacent pas sous la pression du doigt ». Ces taches sont dues à l'extravasation dans le derme et les papilles des globules rouges du sang, mais il existe toutes les transitions entre l'hémorragie sous-cutanée (*purpuras extravasifs*) et la vasodilatation massive (*purpuras eclasiques*). Certains érythèmes polymorphes purpuriques sont très difficiles à distinguer des véritables purpuras, et l'existence de ces formes bâtardes rend parfois très malaisée la classification des purpuras et l'identification des formes cliniques.

Pour ne pas surcharger notre travail, nous adopterons la classification simple et très clinique que donne Lutembacher, et nous distinguerons avec lui trois syndromes :

1° Le purpura exanthématique, qui peut être ou non associé à des manifestations rhumatoïdes ;

2° La maladie de Werlhof ;

3° Le purpura infectieux.

Ces trois syndromes peuvent apparaître secondairement à une maladie générale connue : affection chronique du système nerveux, affection chronique du sang, affection cardio-vasculaire (*purpuras secondaires*) ou survenir en l'absence complète de toute étiologie précise (*purpuras primitifs*). En outre, si le dernier syndrome a toujours une marche aiguë et rapide, les deux autres peuvent se présenter tantôt sous la forme d'une maladie *passagère*, tantôt sous celle d'une maladie à rechutes, se prolongeant plusieurs semaines, plusieurs mois ou plusieurs années, et devenant ainsi une véritable *maladie chronique*. Nous limiterons notre travail à l'examen de ces formes chroniques des purpuras primitifs.

Peu connues avant les travaux de Marfan et de ses élèves, ces formes avaient été cependant déjà signalées par un certain nombre d'auteurs. Mais il s'agissait d'ob-

servations isolées relatées à titre de raretés pathologiques. Rappelons ici les deux observations de purpura hémorragique chronique publiées par Racle en août 1844 (*Annales des maladies de la peau et syphilis*); les observations de Cazenave et de Fournier en 1851 celle que publia Bucquoy dans sa thèse en 1855, celles de Lancereaux (1861), Lasègue (1877), Denys (1887).

En 1895, Marfan décrit une forme chronique de la maladie de Werlhof, dont il cite une intéressante observation chez une fillette de dix ans (*Méd. mod.*, 1895), et il accorde à cette forme une courte description dans son *Traité des maladies de l'enfance* (Paris, 1897).

Depuis cette époque, des monographies importantes sont venues confirmer les idées de cet auteur sous l'inspiration duquel fut écrite, en 1900, la thèse de G. Nanu qui rassemble un certain nombre d'observations.

Dans les Cliniques sur le sang de Hayem (1900) se trouve une magistrale étude de cette question. Il montre que cette forme chronique « n'est pas très rare », contrairement à ce qu'avait pensé Marfan qui, en 1897, croyait son observation « presque unique », et fait d'elle une étude approfondie et très complète. Il rassemble des cas nombreux et cite en particulier des observations personnelles où la maladie persiste depuis huit ans, quatre ans et six ans.

Citons encore les observations d'Apert et Rabé (*Bull. méd.*, 21 nov. 1897), de Debré (*Bull. méd.*, 21 nov. 1900) et de Lenoble (*Arch. gén. de méd. exp.*, 1903, p. 243 et 254). En 1905, parut une excellente étude sur le purpura hémorragique chronique, par Bensaude et Rivet (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1905), basée sur l'observation longuement suivie de quinze malades. Une série de notes sur la même question ont été publiées ensuite par les

mêmes auteurs sous l'inspiration desquels deux thèses ont été faites: celle de Robert (Paris, 1904) et celle de Miodet (Paris, 1905).

Labbé et Beaujard (*Bull. et mém. Soc. méd. Hôp.*, 1904, p. 828), puis Labbé et Laignel-Lavastine (*Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1911), ont publié d'intéressantes notes sur les « syndromes hématiques associés ». Enfin, Gaucher et ses élèves, Lacapère, Joltrain, Flurin et Bailly ont décrit une forme de purpura chronique assez spéciale, le « purpura chronique de l'angio-sclérose », qui peut être considéré comme un purpura secondaire et sort par là du cadre de notre étude.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE ET FORMES CLINIQUES DES PURPURAS CHRONIQUES PRIMITIFS

Nous avons dit qu'il faut considérer deux formes de purpuras chroniques : le purpura exanthématique (ancien purpura simplex) et le purpura hémorragique ou maladie de Werlhof. La fréquence de ces deux formes est inégale, et le purpura hémorragique paraît être beaucoup plus fréquent que le purpura exanthématique. Peut-être aussi a-t-il attiré davantage l'attention des cliniciens et des malades eux-mêmes à cause du cortège de manifestations plus bruyantes qui l'accompagnent (hémorragies, altérations de l'état général) ; le purpura exanthématique, surtout lorsqu'il ne s'accompagne pas de manifestations rhumatoïdes, est assez peu gênant pour le malade. Nous en avons observé, pour notre part, un cas chez un militaire de 23 ans qui avait, depuis l'âge de 16 ans, des poussées purpuriques avec douleurs articulaires légères durant quelques jours chaque fois ; tant qu'il avait été chez lui, il n'avait jamais demandé d'avis médical et se bornait à prendre quelques jours de repos au moment des poussées, reprenant ensuite son dur métier de culti-

vateur. Il avait fallu son arrivée au régiment pour qu'il eût l'idée de se plaindre de cette petite misère à laquelle il était habitué.

Nous étudierons successivement la symptomatologie de chacune de ces deux formes.

A. — Purpura exanthématique

I. SYMPTOMATOLOGIE. — Il est rare que la poussée purpurique se produise sans prodromes : ils sont constitués par de la lassitude, de la courbature, quelques douleurs passagères et vagues. D'autres fois, l'éruption apparaît sans que rien ait pu la faire prévoir. La symptomatologie n'est pas compliquée et se borne à un exanthème à caractères très tranchés, à quelques manifestations articulaires inconstantes et d'intensité variable, à quelques troubles gastro-intestinaux, et parfois à quelques troubles légers de l'état général.

a) *Exanthème*. — Il est constitué par de petites taches rouges de dimension variant entre celle d'une tête d'épingle et celle d'une petite lentille (pétéchies) : ces taches sont d'un rouge vif et ne disparaissent pas sous la pression du doigt ; lorsqu'elles datent de quelques jours, elles prennent une teinte rouillée assez caractéristique. Elles sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine au début, et qui peu à peu se pigmente en brun au fur et à mesure que se multiplient les éruptions.

Cette éruption siège surtout aux membres inférieurs et est particulièrement abondante autour des malléoles. La face antérieure et externe de la jambe, la face externe

des cuisses, les genoux, le dos du pied sont aussi des lieux de prédilection. Les membres supérieurs ne sont pas toujours indemnes, et les avant-bras en particulier présentent assez souvent quelques pétéchies, mais beaucoup moins nombreuses qu'aux membres inférieurs. La face et le cou sont respectés, le tronc est rarement touché. Dans son ensemble, la disposition des éléments éruptifs montre une tendance assez nette à la symétrie, ce qui semble indiquer une influence du système nerveux.

b) *Symptômes articulaires.* — Ces symptômes — d'ailleurs inconstants — sont d'intensité très variable, allant de la simple arthralgie à l'arthrite légère avec épanchement séreux. On note assez souvent l'existence d'œdèmes périarticulaires : œdèmes aigus inflammatoires siégeant de préférence sur le dos de la main, autour des malléoles, aux coudes, au dos des pieds, et présentant l'aspect d'une tuméfaction dure, rouge et douloureuse. Il y a souvent en même temps un certain degré d'inflammation des gaines tendineuses. Les manifestations inflammatoires sont assez fugaces et se déplacent assez rapidement d'un point à l'autre du corps. Elles sont toujours beaucoup plus périarticulaires qu'articulaires et l'on n'observe jamais des complications telles que la suppuration ou l'ankylose du côté des articulations intéressées.

c) *Troubles gastro-intestinaux.* — Ces troubles sont assez constants, mais sont en général peu intenses. Ils consistent dans un état saburral de la langue avec inappétence, quelques nausées, diarrhée accompagnée de légères douleurs abdominales. Dans certains cas très rares, les douleurs abdominales s'accompagnent de phénomè-

nes péritonéaux, qui peuvent prendre un réel caractère de gravité (Lutembacher).

Exanthème, phénomènes articulaires et troubles gastro-intestinaux, tels sont les trois constituants de la « triade de Schoenlein » considérée comme pathognomonique du purpura exanthématique. Mais nous tenons à rappeler une fois encore que l'exanthème peut constituer souvent l'unique manifestation observée.

d) *Phénomènes généraux.* — Le plus souvent, ils n'existent, pour ainsi dire pas. On observe parfois un léger mouvement fébrile ne dépassant guère 38°, et souvent même l'apyrexie est complète.

En outre, il s'agit là d'un *purpura simplex* qui ne s'accompagne à peu près jamais d'hémorragies ; quelquefois, on a signalé des épistaxis ou un retour prématuré des règles, mais, dans la presque totalité des cas, aucun phénomène de ce genre n'est signalé. C'est par cette absence d'hémorragies et par l'absence de troubles de l'état général que le purpura exanthématique se différencie de la maladie de Werlhof.

II. FORMES CLINIQUES. — Il existe diverses formes suivant la nature du symptôme qui prédomine. Lorsque la triade symptomatique est complète, on a affaire au véritable *purpura rhumatoïde* tel qu'il est décrit dans la plupart des traités classiques. Mais dans certains cas comme celui rapporté par Deléarde et Hallez, toute la maladie se borne à des éruptions pétéchiiales à répétition qui ne s'accompagnent pas de malaises, ni de douleurs articulaires, ni de modifications de la température et de l'état général ; c'est à ces formes que l'on pourrait réserver l'appellation de *purpura exanthématique simplex*.

Enfin, dans des circonstances assez rares, on peut se trouver en présence d'une véritable forme gastro-intestinale, et il est bon de savoir que des phénomènes péritonéaux graves peuvent survenir, dans ces cas là, à l'occasion d'une simple poussée purpurique.

B. — Purpura hémorragique

I. SYMPTOMATOLOGIE. — La symptomatologie du purpura hémorragique se ramène aussi à une triade caractéristique constituée par l'exanthème, les hémorragies et les altérations de l'état général. Il s'observe beaucoup plus souvent que le précédent.

a) *Exanthème*. — Il est d'un aspect très particulier qui a valu d'ailleurs à cette forme de purpura son nom de « purpura chronique à grandes ecchymoses ».

Ces ecchymoses sont des taches étendues, larges, de forme irrégulière et à bords le plus souvent mal délimités. L'éruption n'est donc plus, comme dans la forme précédente, uniquement pétéchiale, mais il y a de véritables hémorragies sous-cutanées. Ces ecchymoses peuvent être très peu nombreuses (on en trouve parfois deux ou trois seulement) ou être presque confluentes ; elles sont beaucoup plus grandes que les pétéchies du purpura simplex, et leurs dimensions varient depuis celle d'une pièce de deux francs jusqu'à celle de la main tout entière ; on trouve même parfois des placards encore beaucoup plus étendus. Rouges vif lors de leur apparition, ces ecchymoses passent ensuite par la même série de teintes que les ecchymoses traumatiques, et leur évolution varie de quinze jours à trois semaines.

Elles ne font pas saillie à la surface des téguments, sauf dans les cas rares où il se forme sous la peau une véritable bosse sanguine. Elles siègent surtout aux membres inférieurs et sur le tronc, très rarement aux membres supérieurs, jamais sur la face et le cou.

A côté de ces ecchymoses caractéristiques, on rencontre parfois des pétéchies analogues à celles du purpura exanthématique ; on rencontre aussi, chez certains malades, des ecchymoses particulières, allongées et comme vergetées, véritables stries hémorragiques auxquelles on a donné le nom de *vibices*.

Enfin, certains auteurs ont signalé l'apparition sur les téguments de véritables petites phlyctènes sanguines. (Bensaude et Rivet.)

b) *Hémorragies*. - L'apparition des hémorragies sous-cutanées que nous venons de décrire est accompagnée — et parfois même précédée — par des hémorragies des muqueuses, hémorragies abondantes, répétées, et pouvant présenter parfois une véritable gravité.

L'épistaxis est l'hémorragie la plus fréquente : très légère parfois, elle est, dans d'autres cas, d'une ténacité désespérante, et Colliny a raconté l'histoire d'un malade chez qui elle dura quarante-huit heures sans interruption, en dépit de tous les moyens hémostatiques employés. Fournier a publié l'observation d'un malade qui saigna du nez pendant vingt-deux jours, perdant près de 90 grammes de sang par jour.

Les hémorragies gingivales sont rares, mais il est fréquent de constater sur les gencives et dans l'intérieur de la bouche des taches ecchymotiques analogues à celles que l'on trouve sur la peau, et parfois de véritables bulles sanguines.

Il n'est pas très rare d'observer des hémorragies du tube digestif, hématomèse ou mélæna ; l'hémoptysie et l'hématurie sont plus rares, mais ont été signalées. Lenoble a publié l'observation d'une malade qui avait des métrorragies et chez laquelle on était allé jusqu'à pratiquer un curettage de l'utérus ! Racle a signalé l'existence d'une hémorragie méningée chez un malade atteint de purpura hémorragique, et l'existence chez ces malades d'infarctus hémorragiques viscéraux a été démontrée par plusieurs autopsies.

c) *Troubles de l'état général.* — Dans certains cas, l'état général est assez peu touché ; mais, le plus souvent, on constate, de ce côté, des troubles importants allant parfois jusqu'à la plus extrême gravité. La mort peut survenir au cours d'un purpura hémorragique, alors qu'elle est rarement le fait d'un purpura exanthématique simple.

A côté des cas exceptionnels où des accidents purpuriques évoluent au cours d'une santé en apparence parfaite, on en note d'autres, beaucoup plus nombreux, où le sujet est un véritable malade. Il se plaint d'une lassitude profonde, de courbature, d'une sensation de pesanteur dans la région lombaire et dans la région hépatique, d'une anorexie invincible et de troubles digestifs assez marqués.

Certains malades présentent une asthénie si marquée qu'elle peut se comparer à celle de la maladie d'Addison. Le moindre mouvement amène des vertiges ou des syncopes, la faiblesse est extrême, l'aspect du malade est impressionnant à cause du faciès terreux et jaunâtre dont l'aspect rappelle exactement celui d'une cire vieillie. Il y a parfois des œdèmes à distribution irrégulière. Ces accidents, d'abord légers et intermittents, deviennent de

plus en plus sérieux à mesure que les crises se répètent et que les hémorragies se multiplient.

Il existe parfois — mais beaucoup moins souvent que dans le purpura exanthématique — des douleurs articulaires et quelques troubles gastro-intestinaux.

Le purpura hémorragique chronique ne s'accompagne habituellement pas de fièvre et il est désigné par beaucoup d'auteurs sous le nom de « purpura hémorragique apyrétique ». Cette opinion telle quelle est trop absolue, car des cas ont été publiés, en particulier par Bensaude et Rivet, dans lesquels chaque poussée purpurique s'accompagnait, au début, d'une légère poussée fébrile. Il est donc mieux de ne pas garder la dénomination de purpura apyrétique et de dire seulement que, dans ce cas, il n'y a le plus souvent pas de fièvre mais qu'il peut y en avoir.

Signalons enfin un point sur lequel nous nous étendrons davantage dans un chapitre ultérieur : tandis que, dans le purpura exanthématique, on ne constate habituellement pas de modifications du sang, dans le purpura hémorragique il existe des déterminations sanguines à peu près caractéristiques et sur lesquelles nous reviendrons. Dans les cas douteux, l'examen du sang permet parfois de trancher le diagnostic.

II. FORMES CLINIQUES, — Avec Bensaude et Rivet, nous distinguerons quatre formes de purpura hémorragique chronique : la forme *continue* (observation II), la forme *intermittente* (observation III), la forme à *longs intervalles* (observation IV) la forme alternante.

a) *Forme continue*. — Il s'agit de malades qui se plaignent d'une asthénie profonde, de quelques malaises

vagues, de troubles digestifs légers, d'épistaxis répétées, à l'examen, on constate la présence de placards ecchymotiques parfois très discrets, parfois assez nombreux et étendus pour donner au malade l'apparence d'avoir été « roué de coups ». Tous ces malaises sont légers, et les malades vivent parfois de longues années dans cet état de demi-santé. Parfois, une crise plus grave survient, et tout le grand tableau du purpura hémorragique s'installe. C'est dans cette forme légère que l'examen du sang rend le plus de services.

b) *Forme intermittente*. — C'est de beaucoup la plus fréquente. Le malade présente, à des intervalles irréguliers, de grandes poussées constituant de véritables crises aiguës ; au cours de ces poussées, il présente toute la symptomatologie du purpura hémorragique que nous avons décrit. Dans leurs intervalles, la santé du malade peut être parfaite, ou bien il peut persister quelques signes atténués. Il s'agit, dans ces cas là, d'une maladie chronique avec des périodes de latence et des périodes aiguës.

c) *Forme à longs intervalles*. — Bensaude et Rivet ont décrit cette forme et en ont rapporté quelques cas, mais elle paraît être excessivement rare. Elle ne diffère de la précédente que par la longue durée de la période de latence qui peut atteindre quatre années (Gastou), huit années (Milliard), dix-sept années (Bensaude et Rivet, observation IV).

d) *Forme alternante*. — Nous signalons pour mémoire cette forme, intéressante mais d'une extrême rareté, où l'on peut constater une alternance curieuse entre les crises hémorragiques et les poussées purpuriques.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

a) *Diagnostic différentiel des purpuras chroniques primitifs.* — Bien que le diagnostic de purpura ne soit en général pas très difficile, il est certaines erreurs dont on doit avoir très présente à l'esprit la possibilité, afin de s'en garder autant que possible.

La principale est celle qui consiste à prendre un purpura hémorragique pour de l'*hémophilie*, lorsque les hémorragies constituent le phénomène dominant. Il faudra se rappeler que l'hémophilie est congénitale et héréditaire, donne lieu à des hémorragies surtout externes et habituellement provoquées par de légers traumatismes, et possède des caractéristiques hématologiques telles que le retard de la coagulation, la redissolution du caillot, la sédimentation spontanée des hématies, etc. (P.-E. Weill).

Le *scorbut* s'observe assez rarement dans nos climats et chez des sujets soumis à une alimentation défectueuse ; dans les cas douteux, l'essai d'un régime alimentaire correct et de l'administration de jus de citron aura vite fait de trancher le diagnostic.

Les *ecchymoses résultant de mauvais traitements* constituent une cause d'erreur classique et plusieurs fois com-

mise, chez les enfants surtout. L'examen de la muqueuse buccale (pétéchies, bulles sanguines), l'examen des fèces au point de vue de la présence d'hémorragies digestives, l'interrogatoire et, dans certains cas, une observation prolongée permettront d'éviter cette confusion.

b) *Diagnostic de la variété de purpura.* — Autant ce diagnostic est facile dans les cas nettement caractérisés, autant il peut être difficile dans certains cas frustes. Il faudra tenir compte des antécédents du malade et procéder à un interrogatoire minutieux, tenir compte également des symptômes associés et de l'aspect de l'éruption. Malgré tout le soin possible, il sera parfois malaisé de différencier les deux formes de purpura chronique que nous avons étudiées. Certains cas de purpura simplex s'accompagnent d'épistaxis répétées et les phénomènes articulaires peuvent ne pas exister. Dans ces cas douteux, l'examen du sang, dont la valeur a été bien établie par Hayem dans de très intéressantes cliniques, rendra de très grands services.

Dans le purpura exanthématique, il n'y a jamais de modifications du sang, tandis que dans le purpura hémorragique ces modifications, pour n'être pas tout à fait aussi constantes qu'on l'avait cru tout d'abord, sont cependant extrêmement fréquentes.

Voici quelle est la formule sanguine que l'on trouve dans ces cas :

1° *Rétraction nulle ou retardée du caillot* : la coagulation du sang se fait normalement, mais la rétraction se fait mal ou ne se fait pas du tout, et l'on attend vainement la séparation du caillot et du sérum ;

2° *Diminution considérable du nombre des hémato-*

blastés : cette diminution explique peut être la mauvaise rétraction du caillot ;

3° *Diminution du nombre des globules rouges avec hyperleucocytose et éosinophilie légères* (Lenoble) :

4° *Réaction myéloïde* : cette réaction, signalée par Lenoble, n'est pas aussi constante que l'a cru cet auteur. Elle consiste dans l'apparition dans le sang de normoblastes et de myélocytes surtout neutrophiles.

A l'aide de ces recherches, le diagnostic peut être établi sur des bases plus certaines. Le plus souvent, il n'offrira pas de grandes difficultés, mais il ne faut pas perdre de vue que, entre les deux types de purpura que nous avons décrits, il n'y a peut être que des différences de degré (Hutinel), et la clinique est encore, au fond, la seule véritable base de la division.

CHAPITRE IV

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le purpura exanthématique peut se reproduire à intervalles irréguliers pendant de longues années et présenter un nombre pour ainsi dire indéfini de rechutes ou de récidives. En général, il constitue une maladie relativement bénigne et qui finit à la longue par disparaître de façon définitive ; mais il est impossible de porter un pronostic quelconque au point de vue de la durée, et il faut savoir que, si l'évolution est le plus souvent bénigne, il peut arriver cependant qu'une crise grave à caractère infectieux ou hémorragique vienne emporter le malade. Il est donc indispensable de faire quelques réserves au sujet de l'avenir de ces malades.

Quant au purpura hémorragique, quelle que soit la forme sous laquelle il se présente (continue, intermittente ou à longs intervalles), il peut, lui aussi, avoir une durée variable de quelques mois à plusieurs années. Il existe donc chez ces malades une véritable « diathèse hémorragique » (Hayem). Il est impossible de porter un pronostic quelconque quant à la durée : la longueur possible des périodes de latence empêche d'ailleurs de jamais affirmer la guérison absolue. Si le pronostic

quoad vitam est en général bon, il ne faut pas oublier pourtant que le dénouement fatal peut se produire au cours d'une crise grave. D'autre part, cette maladie qui maintient le malade dans un état d'affaiblissement constant et souvent progressif ne peut pas mériter l'épithète de bénigne qu'on lui accorde trop aisément. Elle peut guérir cependant ou tout au moins s'améliorer notablement.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Nous pénétrons ici dans un domaine encore obscur. L'étiologie des purpuras primitifs est chose inconnue ; leur domaine a été restreint peu à peu par la découverte des relations existant entre l'apparition du purpura et certaines maladies chroniques ; il se peut qu'il se restreigne encore, et nous exposerons à ce sujet les hypothèses de Bensaude et Rivet.

L'examen des observations publiées jusqu'ici montre qu'il y a certainement une influence prédisposante de l'âge ; la maladie est, en effet, beaucoup plus fréquente chez les enfants, mais elle existe aussi chez les adultes et les vieillards. Elle paraît être aussi un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Les questions de race et de climat ne paraissent avoir aucune importance, mais les antécédents familiaux semblent jouer un certain rôle. Il existe de véritables familles de purpuriques, et il est rare de ne pas trouver, dans la famille de ces malades, tout au moins une tendance assez curieuse aux hémorragies.

En dehors de ces quelques points, notre ignorance reste à peu près complète. Un coup d'œil jeté sur les

observations que nous donnons suffira à montrer qu'aucune d'elles ne peut être rattachée à une forme précise : on ne relève ni infection aiguë, ni infection chronique cliniquement décelable, ni intoxication exogène ou endogène, ni altérations vasculaires. Tout au plus peut-on noter que les malades accusent parfois, à l'origine des accidents, des causes extérieures, telles que l'émotion (la peur en particulier), le traumatisme, le froid ou la fatigue.

Cette origine se retrouve assez souvent pour qu'il vaille la peine de la noter. Par quel mécanisme ces causes peuvent-elles provoquer l'éruption purpurique ? Il se peut que ce soit par l'intermédiaire de troubles vasomoteurs. Certaines intoxications chroniques telles que l'alcoolisme peuvent intervenir tout au moins comme causes adjuvantes, dans l'étiologie du purpura.

Sortais et Apert ont essayé de montrer que le purpura pourrait être sous la dépendance de lésions hépatiques, lésions d'ailleurs latentes et inappréciables au point de vue clinique. Cette pathogénie, bien qu'elle ne soit pas complètement démontrée, est intéressante et assez proche peut-être de la vérité, dans certains cas tout au moins. Grenet a fait sur le lapin quelques expériences très suggestives : il a remarqué que l'altération du foie ne peut à elle seule produire le purpura ; mais il est facile de provoquer celui-ci chez des animaux dont le foie est malade. Voici comment il procédait : ayant ligaturé pendant vingt minutes le pédicule hépatique d'un lapin, il constatait, au bout de vingt-quatre heures, une dilatation très marquée des veines sus-hépatiques, de grosses hémorragies dans l'intérieur du lobule et de la dégénérescence grasseuse des cellules voisines des veines sus-hépatiques. Lorsque l'animal était guéri, il injectait, dans sa moelle, du sang de purpurique. Chez tous

les animaux qui ont survécu à cette opération, il s'est produit des ecchymoses et des pétéchies à la surface de la peau et des muscles et dans les viscères; mais Grenet n'a pu réussir à produire un purpura avec hémorragie des muqueuses. Il résulte de ces intéressantes recherches que les altérations hépatiques jouent très probablement un rôle dans la pathogénie des purpuras, mais qu'elles ne suffisent sans doute pas à les expliquer. Peut-être faut-il leur ajouter quelques causes adjuvantes, telles que les toxi-infections chroniques d'origine digestive, sur lesquelles Hayem a insisté avec juste raison. Nous avons dit combien sont fréquents, au cours des purpuras, les troubles gastro-intestinaux. L'association de ces deux causes provoquerait peut être les symptômes qu'aucune d'elles ne peut produire isolément.

Quant aux causes microbiennes, leur rôle ne paraît pas bien établi. Pas plus que le *monas hemorrhagica* de Klebs, le *micrococcus purpuræ hemorrhagicæ* de Letzerich n'a de valeur spécifique. Certains microbes vulgaires peuvent, dans certains cas, provoquer des hémorragies : les infections à pneumocoques ou à streptocoques se compliquent assez souvent de purpura.

Bensaude et Rivet ont attiré l'attention sur la coexistence assez fréquente du purpura, surtout dans ses formes chroniques, et de la tuberculose, mais, le plus souvent, dans ces cas, le purpura apparaît vers la fin de l'évolution tuberculeuse et est un purpura secondaire. Parfois, cependant, il s'installe avant toute manifestation bacillaire et paraît ainsi rentrer dans le cadre des purpuras primitifs. Buisine rapporte l'observation d'une fillette de 15 ans chez laquelle un purpura hémorragique s'installa six mois avant le début d'une tuberculose à marche rapide. Bensaude et Rivet ont recueilli quelques

observations analogues citées par Robert dans sa thèse. Il est donc possible que certains cas de purpuras chroniques primitifs soient sous la dépendance d'une tuberculose encore latente, et — fait assez curieux — la tuberculose qui se manifeste ainsi est très souvent une tuberculose extra-pulmonaire : pleurésie ou péritonite bacillaires (Rayer), méningite (Troisier), tuberculose rénale (Hoke), maladie d'Addison (Vollbracht). Mais il faut se garder d'exagérer l'importance de cette pathogénie qui est loin d'être applicable à tous les cas.

En ce qui concerne les purpuras exanthématiques, le rôle du système nerveux est bien établi cliniquement et expérimentalement.

On voit que la pathogénie des purpuras est complexe : « Entre l'infection ou l'intoxication, qui semblent être les causes initiales, et l'hémorragie ou l'ectasie capillaire, qui sont les lésions anatomiques, interviennent des facteurs multiples (système nerveux, foie, vaisseaux, sang). Dans quel ordre de filiation s'enchaînent ces phénomènes, dans quelles proportions ces diverses altérations nerveuses, hépatiques ou vaseulo-sanguines se combinent-elles pour faire apparaître le purpura ? C'est ce qu'on ne peut préciser maintenant. On ne peut qu'invoquer le rôle prédominant d'un de ces facteurs selon tel ou tel cas, et croire à la persistance des lésions pour s'expliquer l'existence des purpuras chroniques. » (Deléarde et Hallez.)

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Pour être efficace, le traitement doit pouvoir viser à la fois le processus causal et les symptômes constatés ; le premier point est impossible à atteindre, dans l'ignorance où l'on est de la cause précise des purpuras primitifs. Tenant compte des quelques indications pathogéniques que nous avons résumées, on mettra le malade au repos absolu et dans les conditions de calme le plus complet, on assurera la désinfection du tube digestif par un régime léger et des laxatifs répétés, on stimulera la résistance de l'organisme par des toniques appropriés.

La médication symptomatique se résume en trois groupes de médicaments : vaso-constricteurs, coagulants et sérums divers.

Les vaso-constricteurs (adrénaline, hamamélis, tannin, ergotine) doivent être essayés, mais ne donnent que des résultats infidèles et passagers.

Les coagulants (chlorure de calcium) peuvent être employés longtemps de suite et donnent parfois des améliorations assez nettes.

Les meilleurs résultats ont été obtenus par la sérothérapie. Les injections sous cutanées ou intraveineuses

de sérum de cheval frais ou de sérum antidiphthérique ont donné à P.-E. Weill des améliorations appréciables ; mais il faut agir prudemment dans les purpuras chroniques à cause des accidents anaphylactiques qui peuvent se produire au cours d'un traitement prolongé.

Nobécourt et Tixier ont préconisé les injections sous-cutanées de peptone de Witte renouvelées tous les deux ou trois jours, à raison de 6 ou 7 centimètres cubes d'une solution à 5 pour 100.

Enfin, on peut tenter l'opothérapie hépatique.

Il est bon d'associer tous ces modes de traitement, mais le médecin comme le malade ne doivent pas s'attendre à obtenir d'emblée des résultats très encourageants. Le purpura chronique est, au point de vue thérapeutique, une des plus décevantes maladies qui soient.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Résumée)

Purpura exanthématique chronique
(Deléarde et Hallez)

Madeline L..., 14 ans, se présente à la consultation, le 19 juin 1912, pour des éruptions purpuriques répétées. Elle a toujours été très bien portante jusqu'ici, pèse 37 kilos et jouit d'un bon état général. Son père est en traitement pour une arthropathie tibio-tarsienne d'apparence tabétique, mais nie la syphilis, et a une réaction de Wassermann négative.

A l'âge de 10 ans, à la suite d'une frayeur violente, l'enfant a présenté sur les jambes une éruption de taches ecchymotiques sans prodromes, sans malaises, sans température, sans arthralgies et sans hémorragies. De grandes taches vineuses ont longtemps persisté sur les membres inférieurs, et une abondante éruption de pétéchies s'est faite sur les membres supérieurs. Ces éléments hémorragiques ont disparu très lentement, laissant une pigmentation brune persistante. Depuis lors, tous les mois environ, les mêmes phénomènes se sont repro-

duits. L'enfant a été réglée le 1^{er} mai 1912, à 14 ans, et les règles sont régulières, d'abondance normale, les éruptions purpuriques n'ont aucun rapport avec elles.

Depuis quelque temps, les éruptions pétéchiiales se reproduisent tous les huit jours sur les membres, respectant toujours le tronc et la face, et ne s'accompagnant pas d'hémorragies ni d'aucun phénomène sérieux.

A l'examen, on note des zones pigmentées brunâtres, reliquats d'éruptions anciennes, et des pétéchieles récentes. Tous les organes sont normaux (digestifs, nerveux, respiratoires, circulatoires) ; pas de rachitisme ; aucune trace de tuberculose ou de prédisposition à la tuberculose. Réaction de Wassermann négative ; pas de sang dans les selles ; examen du sang absolument normal ; examen des urines normal ; élimination du bleu de méthylène normale, pas de glycosurie alimentaire, cuti-réaction négative.

Les traitements par le chlorure de calcium, la peptone de Witte, l'extrait de ratanhia ne donnent absolument aucun résultat.

OBSERVATION II

(Résumée)

Purpura hémorragique chronique à forme continue.

(Bensaude)

M^{me} C... B..., 63 ans, rentière. La malade a cinq enfants bien portants. A sa troisième couche elle a eu une péritonite. Depuis plusieurs années elle éprouve des douleurs dans les jointures et n'a jamais eu d'autres maladies. De nature très nerveuse, elle a éprouvé de

violents chagrins. Elle est actuellement à peu près sourde.

Depuis quinze à vingt ans (elle ne peut préciser davantage), elle s'est aperçue de l'existence de « bleus » semblables à ceux produits par des coups. Ces ecchymoses apparaissent avec une coloration toujours noire qui tourne ensuite au bleu, et elles s'effacent en jaunissant. Elles siègent sur les bras, les jambes, les cuisses et le ventre. Parfois très nombreuses, elles disparaissent aussi parfois pendant quelques jours.

Les gencives de la malade saignent facilement au moindre contact de la brosse ; elle a des épistaxis fréquentes depuis sa jeunesse, parfois très abondantes. Le dernier saignement de nez abondant remonte à trois ou quatre ans. Jamais de pertes utérines ni d'autres hémorragies.

La malade se plaint d'une très grande lassitude et éprouve une pénible sensation de fatigue. Cet été, elle a été presque dans l'impossibilité de marcher. Maintenant ses forces reviennent.

OBSERVATION III

(Résumée)

Purpura hémorragique chronique à forme intermittente mortel.

(Bensaude et Rivet).

M. B..., 34 ans, commis dans une maison d'étoffes. Sujet à des bronchites légères. Troubles dyspeptiques. Avoue de fréquents excès génitaux.

Première crise hémorragique. — En juin 1899, hémorragies multiples ; ecchymoses, pétéchiés ; gencives saignantes et fongueuses ; vastes ecchymoses sur les amygdales.

Deuxième poussée. — Fin août, très légère poussée hémorragique du côté des muqueuses et de la peau.

Troisième poussée. — 17 octobre 1900, poussée légère.

Quatrième poussée. — 6 juin 1902, le malade est atteint de blennorrhagie; hémorragies urétrales, vésicales et rénales. Cette poussée cesse le 19 juin 1902.

Cinquième poussée. — 7 octobre 1902, zone ecchymotique autour d'un furoncle du cou. Fièvre peu élevée. Etat général très grave. Dans la nuit du 7 au 8 octobre, hémoptysie très abondante qui dure deux heures. Le 8, trois hémoptysies dans la journée, mais moins abondantes; nombreuses ecchymoses et pétéchies. Un phlegmon érysipélateux se forme autour du furoncle. Mort le 10 octobre 1902.

OBSERVATION IV

(Résumée)

Purpura hémorragique à réveils à longs intervalles (Bensaude et Rivet).

Marie L..., cuisinière, 38 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels notables, a présenté, à l'âge de 21 ans, des douleurs rhumatismales dans les grandes articulations qui durèrent trois semaines et pendant lesquelles elle eut une métrorrhagie abondante, des gingivorragies légères et des pétéchies rouges disséminées sur tout le corps; ces pétéchies persistèrent deux mois. Depuis, la malade s'était toujours bien portée.

Il y a dix jours, métrorrhagie qui persiste encore. Purpura généralisé sur les membres inférieurs, le ventre et les flancs, moins marqué sur les bras et sur le tronc:

larges ecchymoses disséminées. Ces plaques ont apparu il y a quatre jours. Stomatorragie légère.

Langue sale ; foie et rate normaux ; pas de sang dans les selles ; rien du côté des appareils respiratoire et circulatoire.

Etat général bon. Il existe un peu de fièvre : 38°6.

Le sang se coagule normalement, mais le caillot ne se rétracte pas.

OBSERVATION V

(Résumée)

Purpura hémorragique chronique. Deux poussées en huit mois, la deuxième mortelle (Racle, 1844).

François P..., commissionnaire, sans antécédents notables, éprouve, au début d'avril 1844, des douleurs dans les talons et présente des taches purpuriques légères. En mai, deux épistaxis abondantes à trois ou quatre jours d'intervalle, puis grandes ecchymoses, gingivorragies, bulles sanguines, épistaxis répétées. Sort de l'hôpital guéri le 20 août.

Y revient le 4 novembre : anémie profonde, ecchymoses disséminées, bulles sur la langue, épistaxis, stomatorragies, fièvre légère. Le 14 novembre, céphalalgie, vomissements ; on pense à une hémorragie méningée. Mort le 16 novembre.

Autopsie. — Ecchymoses sur la face péritonéale de l'estomac et sur sa muqueuse. Quelques infarctus hémorragiques dans les deux poumons. Taches sanguines sous

le péricarde et sous l'endocarde ; quelques taches rares dans les ventricules. Hémorragie sous la dure-mère du côté droit ; pas d'infarctus dans les centres nerveux.

OBSERVATION VI

(Résumée)

Purpura rhumatoïde chronique avec réaction myélocytaire (Lenoble)

Q... Marie, 33 ans, se présente, le 24 août 1901, à la consultation pour éruption purpurique des deux jambes avec gonflement de la cheville gauche consécutive à une fatigue très intense (marche forcée). L'éruption qui est prurigineuse a occupé les deux jambes et les deux cuisses ; il n'y a pas eu de douleurs articulaires, mais il y a eu du gonflement. La malade, qui est une comitiale présente depuis longtemps à chaque époque menstruelle une éruption de pétéchies. Elle a des crises comitiales.

3 septembre. — Nouvelle poussée pétéchiale avec gonflement indolore de la cheville droite à la suite d'une station debout prolongée.

5 octobre. — Troisième poussée à la suite d'une marche, sans phénomènes articulaires.

Deux nouvelles poussées avec œdèmes se produisent en juin et juillet 1902. Le sang est à peu près normal, il n'y a pas d'hématies nucléées ; mais il y a quelques myélocytes éosinophiles. La coagulation et la rétractilité du caillot sont normales.

OBSERVATION VII

(Résumée)

Purpura rhumatoïde chronique avec réaction myélocytaire légère
(Lenoble)

M... Pierre, quarante-neuf ans, couvreur, sans antécédents héréditaires ou personnels importants. A eu, en 1901, à la suite d'un choc, une vaste ecchymose du mollet gauche qui a été suivie d'une petite plaie et a mis deux mois à guérir. En même temps, le membre était enflé et couvert de pétéchies. Depuis lors, ces taches se reproduisaient constamment sur les jambes ou sur les bras, jamais sur le corps ; il suffit que le malade s'asseye sur le rebord d'une chaise pour que des ecchymoses surviennent aux jambes, au niveau des points d'appui. Jamais d'hémorragies ni de troubles graves.

1^{er} avril 1902. — Poussée de purpura avec léger œdème des jambes. Rien du côté des articulations. Pas d'anémie. Pas de pétéchies sur la muqueuse buccale. Tous les organes sont normaux.

11 août 1902. — Le malade a présenté plusieurs poussées purpuriques, mais aucune n'a eu la moindre gravité. Elles s'accompagnent toujours d'un œdème indolore.

L'examen du sang montre une leucocytose légère (13.300) et la présence de quelques myélocytes, pour la plupart neutrophiles. La coagulation du sang et la rétractilité du caillot sont à peu près normales.

CONCLUSIONS

I. Les formes chroniques des purpuras primitifs, loin d'être exceptionnelles comme on l'a cru longtemps, se rencontrent assez fréquemment.

II. Les deux formes de purpura le plus communément observées sont : le purpura rhumatoïde ou purpura exanthématique simplex et le purpura hémorragique. Ces deux formes peuvent être, soit continues, soit intermittentes, soit à réveils à longs intervalles.

III. Le diagnostic est, en général, assez aisé et peut être grandement facilité par l'examen du sang qui, normal dans le purpura exanthématique, présente des altérations notables dans la plupart des cas de purpura hémorragique (diminution des hémato blastes, manque de rétractilité du caillot).

IV. L'évolution, quoique souvent bénigne, peut prendre une gravité parfois mortelle, et le pronostic, qui doit être réservé quant à la durée, doit l'être aussi quant à l'issue dans une certaine mesure, tout au moins.

V. La pathogénie de ces affections reste obscure : intoxications d'origine gastro-intestinale, altérations hépatiques, troubles du système nerveux, lésions cardio-vasculaires, infection tuberculeuse latente, sont les principaux facteurs pathogéniques qu'il est difficile d'isoler les uns des autres.

VI. Le traitement reste précaire et se borne à l'administration de vaso-constricteurs, de coagulants, aux injections de sérum et de peptone de Witte, à l'opothérapie hépatique.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 14 décembre 1917.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 14 décembre 1917.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et GRENET. — Purpura orthostatique. Soc. méd. hôp., 1914.

ACHMETICEW. — Purpura hémor. chez un sujet porteur de ganglions mésentériques tuberculeux. Detskaia medicina, 1901.

APERT. — Th. Paris, 1897.

APERT et RABÉ. — Mal. de Werlhof chronique. Bull. méd., 1897, p. 1081.

BENSAUDE. — Absence de rétractilité du caillot sanguin dans le purpura hémorragique. Soc. méd. hôp., 15 janv. 1897.

BENSAUDE et RIVET. — Formes chron. du purpura hémorr. Arch. gén. méd., 24 janvier 1905.

— Congrès de Lisbonne, 1906. Presse méd., 1906, p. 469.

BÉRARD et ROUBIER. — Classif. et pathog. des purpuras Gaz. hôp., 1907, pp. 1635 et 1671.

BOUCHOT. — Th. Paris, 1905.

BOURREIFF. — Rec. de mém. de méd. mil., 1878, p. 172.

BUISINE. — Purpura et tuberculose. Th. Bordeaux, 1892.

CARNOT, BENSAUDE et HARVIER. — Soc. méd. hôp., 12 avril 1906.

CASTEL (Du). — Th. d'agrég., 1883.

- CAZENAVE. — Gaz. des hôp., 1851, p. 358.
- COHN. — Münch med. Woch., 1901, X, p. 2001.
- COLLIER (James). — Purpura chronique. Proceeding of the Roy. Soc. of med., déc. 1908.
- DEBRIE. — Purpura chron à gr. ecchymoses et à récidives indéfinies. Bull. méd., 21 nov. 1900.
- DELÉARDE et HALLEZ. — Purpuras chron. de l'enfance. Gaz. hôp., 1912, p. 2113.
- DENYS. — La Cellule, 1887 et 1889.
- DUMAS. — Arch. méd. et pharm. milit., 1903, p. 528.
- EDGEWORTH. — Cases of chron. pur. with and without cutaneous lesions, Brit. med. Journ., London, 1912, p. 715.
- FAISANS. — Th. Paris, 1882.
- FRANÇOIS-DAINVILLE. — Clin. prat. méd. chir. de path., etc., Paris, 1909, p. 201.
- FOURNIER (de Bordeaux). — Gaz. hôp., 1851, p. 495.
- FOX (W.). — Purpura hémorr. mortel avec dégén. amyloïde des muscles et des vaisseaux dans la région malade. British a. For. m. Chir. Rev., London, 1865, XXXVI, 480-491.
- GACHON. — Th. Montpellier, 1910-1911.
- GAILLARD et MARCHAIS. — Congr. pour l'avancement des sc., Bordeaux, 1895.
- GAUCHER. — Mal. de la peau (*in* Brouardel et Gilbert).
- GAUCHER et FLURIN. — Soc. derm. et syph., 3 mars 1910.
- GAUCHER et JOLTRAIN. — Journ. de méd. int., 10 oct. 1909.
- GAUCHER et LACAPÈRE. — Soc. méd. hôp., 26 avril 1901.
- GAUCHER, MARFAN, COMBY. — Traité des mal. de l'enfance.
- GRENET. — Pathog. du purpura. Th. Paris, 1905.
- HAYEM. — Obs. purpura hémorr. Soc. biol. 1876, p. 232.
- Soc. méd. hôp., 17 juillet 1891.

- HAYEM. — Presse méd., 22 juin 1895.
- Du caillot non rétractile. C. R. Acad. des sc., 23 nov. 1896.
 - Cliniques sur les mal. du sang, 1900.
 - Du sang. Paris, 1904.
- HUTINEL. — Mal. des enfants, tome II, p. 426.
- Rev. gén. de clin. et de thérap. Paris, 1908, p. 229.
- LABBÉ. — Soc. méd. hôp., 27 janv. 1905.
- LABBÉ et BEAUJARD. — Syndromes hémat. associés C. R. Soc. méd. hôp., 1905, p. 828.
- LABBÉ et LAIGNEL-LAVASTINE. — Syndromes hémat. associés. Arch. mal. du cœur, des vaisseaux et du sang, 1911, p. 25.
- LANCEREAUX. — Traité d'anat. pathol., tome I. Paris, 1875.
- LENOBLE. — Mal. de Werlhof chron. C. R. Soc. méd. hôp., 17 mars 1899, p. 318.
- Soc. de biol., 18 octobre 1902.
 - Purpura myéloïde chron. Congr. fr. de méd., 1907.
 - Bull. et mém. Soc. méd. hôp., 1910, p. 512.
- LETZERIC. — Untersuch. über die Étiol. der Purpura hemorr., 1890.
- LEUDET. — Soc. biol., 1859.
- LOUDE et BREC. — Gaz. hebd. méd. et chir. Paris, 1902.
- MARFAN. — Traité des mal. de l'enfance, t. II., Paris, 1897.
- Purpura hémorr. chron. (Méd. mod., 13 avril 1895.)
- MATHIEU. — Th. Paris, 1883.
- MILLIARD. — Purpura hémorr. rebelle. Soc. méd. hôp., 12 fév. 1897.
- MIODET. — Th. Paris, 1905.
- MOLLIÈRE. — Soc. dermatol. 1887, p. 236.
- MOSNY et HARVIER. — Soc. méd. hôp., 8 février 1907.

NANU. — Th. Paris, 1900.

NOBECOURT et TIXIER. — Purpura hémorr. et peptone de Witte. Méd. inf. Paris, 1911, et Gaz. hôp., 17 janv. 1911.

PARKES-WEBER. — Brit. Journ. of. dermat., fév. 1910.

PIGOT. — Purpura hémorr. et sérum artificiel. Gaz. hebd., 17 oct. 1897.

PIRSON. — Scalpel. Liège, 1911, p. 175.

RACLE. — Ann. mal. peau et syph., t. II, 1844, pp. 17-19 et 126.

RAFFIN DE LA RAFFINIE. — Th. Bordeaux, 1905.

RATHERY. — Soc. méd. hôp., 12 oct. 1883.

RENDU. — Leçons de clin. méd., 1890.

ROBERT. — Th. Paris, 1904.

SORTAIS. — Le purpura. Etiol. et pathog. Th. Paris, 1896.

TROUSSEAU. — Gaz. hôp. 1846, p. 570.

VERNIER. — Th. Paris, 1873.

WEILL (P.-E.). — Coagul. du sang dans les états hémorr. Soc. biol. 8 déc. 1906.

— Sérothérapie chez les purpuriques. Soc. méd. hôp., 18 janv. 1907.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
